

Consegnare a mano all'Ufficio Protocollo (ingresso da Piazza Sisto dalle 8 alle 18)
oppure via mail posta@pec.comune.savona.it (anche non da pec) oppure via fax 019 8310316



COMUNE DI SAVONA

TARI (Tassa sui rifiuti)

DICHIARAZIONE DI VARIAZIONE UTENZE DOMESTICHE

ESENZIONE I.S.E.E.

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)	

nato/a a _____	prov. <input type="text"/> <input type="text"/> naz. <input type="text"/> <input type="text"/> il <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> sesso <input type="text"/>
codice fiscale	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
residente a _____	prov. <input type="text"/> <input type="text"/>
Via/P.zza _____	civ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> int. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> scl. <input type="text"/> CAP. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e-mail _____	tel. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ai fini dell'applicazione per l'anno 2020 della seguente agevolazione:

- abitazione di nucleo familiare residente con ISEE inferiore a **€6.700,00**
- abitazione solo di pensionati di nucleo familiare residente con ISEE inferiore a **€ 8.200,00**

dichiara

di aver presentato Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini del calcolo ISEE

di essere legalmente separato/a dal coniuge _____
(cognome e nome del coniuge)

in forza dell'atto n. del / /

pronunciato dal Tribunale di _____

di non essere fiscalmente a carico di un familiare

di avere a carico i seguenti familiari invalidi: _____

con invalidità riconosciuta dalla ASL n. di _____

con certificato n. del / /

Savona, _____

FIRMA
